

Дифференциальная диагностика и лечение аллергического ринита и заболеваний околоносовых пазух

Взгляд отоларинголога и аллерголога на одну проблему

В настоящее время ведение пациентов с аллергическим ринитом (АР) осуществляют врачи двух специальностей — аллергологи и отоларингологи, тогда как еще несколько лет назад решение данной проблемы оставалось только за врачами-аллергологами. По мнению большинства специалистов, только совместный подход может способствовать качественному улучшению диагностики и лечения заболеваний, имеющих несколько составляющих и требующих квалифицированного мнения врачей разных профилей.

Два взгляда на одну проблему мы попросили представить ведущих специалистов: отоларинголога — **заведующего кафедрой оториноларингологии Одесского национального медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Сергея Михайловича Пухлика** и аллерголога — **заведующего кафедрой фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и аллергологии Винницкого национального медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Бориса Михайловича Пухлика**.

— Как можно охарактеризовать ситуацию с заболеваемостью АР и риносинуситом в мире и в нашей стране в частности?

Б.П. — Аллергические заболевания (АЗ) являются одними из наиболее распространенных как в мире, так и в Украине. При этом чаще других у взрослых и детей старше 5 лет встречается АР. Так, по данным ВОЗ, распространенность сезонного АР, или поллиноза, в разных странах мира колеблется от 1 до 40%, а круглогодичного АР — от 5 до 18%.

Многие специалисты говорят о настоящей эпидемии аллергии, поскольку распространенность этих заболеваний удваивается каждые десять лет, хотя можно слышать мнения о том, что темпы распространения АЗ в последние годы несколько приостановились.

Что касается нашей страны, то в Украине официальная статистика формально ведется, однако случаи заболевания регистрируются лишь по обращаемости за медицинской помощью. Поэтому, на мой взгляд, органам здравоохранения известно в лучшем случае о каждом 20–60-м больном АР. Кроме того, из собственных наблюдений показано, что у 90% пациентов заболевание выявляется несвоевременно, только после 3–10 лет от возникновения его первых симптомов.

Таким образом, если исходить из наших данных, то круглогодичным АР в Украине болеет от 1,38 до 2,3 млн, а сезонным АР — от 1,84 до 3,68 млн человек. Общая цифра, впечатляет: от 3,22 до 5,98 млн граждан Украины.

— Каковы наиболее характерные осложнения АР?

С.П. — Как показывают наши исследования, проведенные на кафедре оториноларингологии Одесского национального медицинского университета, АР выявляется у 25,2% детей с гипертрофией глоточной миндалины, чаще всего имеющих лимфатико-гипопластический и аллергический диатезы. По мере взросления ребенка и инволюции у него глоточной миндалины аденоиды и аденоидит отступают на второй план, уступая место классическому АР с такими проявлениями, как ринорея, зуд и чихание. У некоторых детей также

появляются признаки бронхообструкции. Что касается подростков и молодых людей, то у них развитие АР сопровождается признаками поллиноза, который редко встречается у детей. У взрослых, преимущественно у женщин, начинают проявляться вегетативные расстройства с развитием парасимпатикотонии и вазомоторного ринита. Именно в этот период диагностика особенно затруднительна, поскольку в этой возрастной группе часто имеют место оба заболевания: аллергический и вазомоторный риниты. Клинически эти патологии схожи, однако лечение их проводится по-разному.

Следует подчеркнуть, что АР, как правило, не протекает изолированно. Нам давно известно сочетание АР и конъюнктивита (риноконъюнктивальный синдром), характерное для поллиноза. Сегодня недостаточно изучено сочетание АР и тубоотита, приводящего к развитию секреторного отита, но роль аллергии здесь несомненна. Уже можно считать общепринятым, что аллергическое воспаление в носу, впрочем, как и бактериальное, не может протекать без вовлечения придаточных пазух, поэтому правильно называть заболевание аллергическим риносинуситом. У аллергиков симптомы АР протекают с изменениями состояния околоносовых пазух, в том числе рентгенологическими, что не наблюдается при вазомоторном рините.

Таким образом, необходимо проводить тщательный дифференциальный диагноз между аллергическим риносинуситом и бактериальным воспалением, что тоже достаточно сложно. Прежде всего, врачу следует оценить клинику: при бактериальном процессе отсутствуют симптомы раздражения — зуд и чиханье. Основная симптоматика связана со слизисто-гнойными выделениями (возможны односторонние поражения, чего не бывает при аллергическом воспалении), болевых ощущениями в проекции пораженной пазухи, повышением температуры и т. д. Следует оценивать и сроки течения процесса — бактериальное воспаление (острое

или рецидивирующее) не может длиться недели и месяцы. И наконец, эффект от терапии ex juvantibus — при местном применении современных топических кортикостероидов (ТКС) положительный клинический эффект наблюдается практически в 100% случаев АР.

Б.П. — Осложнения АР начинаются с развития полисенсibilизации, то есть начиная с гиперчувствительности к 1–2 аллергенам у больного постепенно развивается гиперчувствительность к 5–10 и большему количеству аллергенов. На практике это означает, что при сезонном АР, начав с гиперчувствительности весной к пыльце деревьев, клиника поллиноза расширяется за счет луговых, злаковых и сорных трав на три сезона: весна — лето — осень. При круглогодичном рините гиперчувствительность к аллергенам постельных клещей расширяется за счет аллергии к тараканам, шерсти животных и т. д.

Однако наиболее опасным осложнением, а точнее, прогрессированием АР, является развитие бронхиальной астмы (БА). Есть данные о том, что АР и БА имеют единую аллергическую природу, а также другие формы взаимосвязи.

У детей чаще, чем у взрослых, отмечается сочетание АР и БА. В возрасте до 10 лет у 57,8–70,2% детей с АР выявляется и БА. В подростковом возрасте эта цифра снижается, но остается достаточно высокой — от 44,1 до 50,6% случаев.

— Можно ли представить нашим читателям примерный алгоритм ведения пациентов с персистирующими явлениями ринита?

Б.П. Да, конечно. Аллергологи представляют себе последовательность диагностики АР следующим образом (рис.).

— Какие методы применяются для проведения дифференциальной диагностики АР и вазомоторного ринита?

С.П. — Сложной диагностической задачей является проведение дифференциальной диагностики между аллергическим



и вазомоторным ринитом. В 70-х годах XX века профессор Л.Б. Дайняк предложила объединить нарушения вегетативной нервной системы и аллергические процессы термином «вазомоторный ринит», который соответственно разделяют на нейровегетативную и аллергическую формы.

Надо ли объяснять, что такое объединение совершенно различных форм хронического ринита по схожести симптомов ничего хорошего для пациентов дать не могло. Нельзя лечить противоаллергическими препаратами вегетативные расстройства, и наоборот, использовать средства воздействия на вегетативную нервную систему (например, иглорефлексотерапию) для лечения аллергии. А чего стоит отсутствие статистики по распространенности АР, если всем больным устанавливали один диагноз — вазомоторный ринит? К сожалению, на сегодняшний день эта проблема очень медленно меняется в лучшую сторону.

Интересно, что за рубежом нейровегетативную форму АР называют «идиопатической», или неясного происхождения. Однако повышенный тонус парасимпатической нервной системы (ваготония, или парасимпатикотония) дает нам право называть ринит нейровегетативным, или вазомоторным. Однако за годы независимости Украины оториноларингологическое сообщество, к сожалению, не приняло новых классификаций ринитов и синуситов.

Относительно сложной дифференциальной диагностики между этими двумя наиболее распространенными формами хронического ринита необходимо сказать следующее. Врач, к которому обращается такой пациент, должен исключить аллергическую природу заболевания путем всестороннего обследования. У больного оцениваются состояние вегетативной нервной системы и аллергоанамнез с уточнением того, при каких условиях пациент чувствует себя хуже. Результаты объективного осмотра больного подтверждают или исключают пониженное артериальное давление, брадикардию, дермографизм и пр. Осмотр полости носа крайне редко указывает на аллергический характер ринита (голубой, сизый цвет слизистой оболочки), поэтому следует провести пробу с адреналином для исключения истинной гипертрофии. При вазомоторном рините нужно тщательно осматривать носовую перегородку, выявлять искривления, шипы, гребни, которые могут быть причиной вазомоторных расстройств. Рентгенологическое

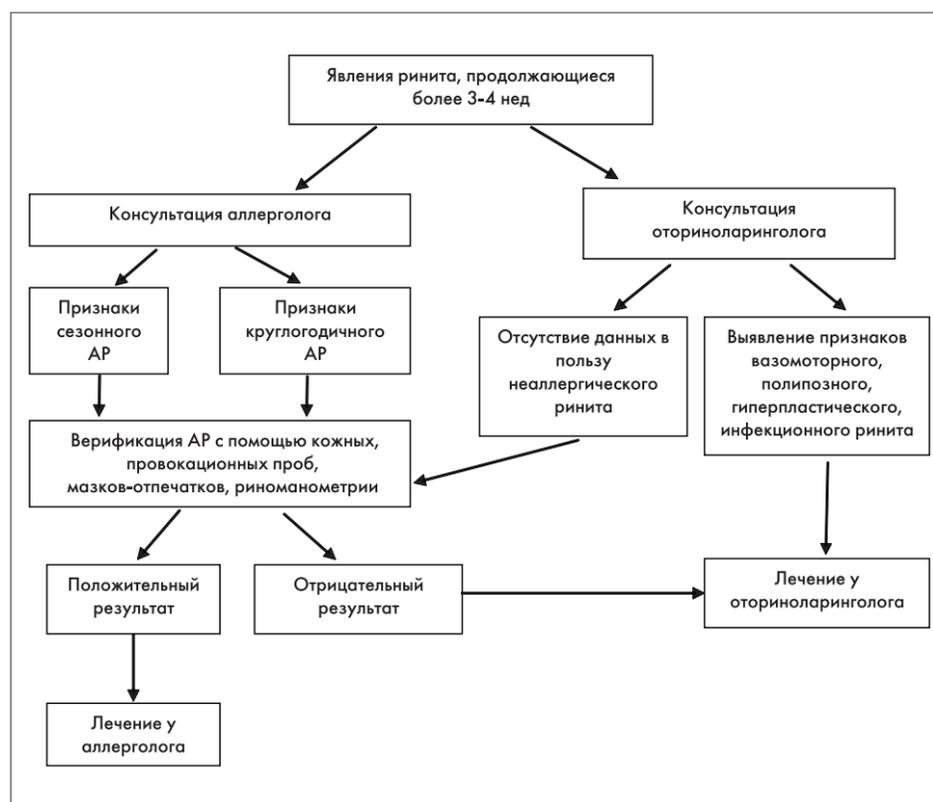


Рис. Алгоритм ведения пациентов с персистирующими явлениями ринита

исследование придаточных пазух носа при АР покажет отек и пристеночное утолщение; при вазомоторном рините пазухи не изменены, так как набухшие кавернозные тела расположены только в полости носа. Результаты скринингового тестирования на аллергию позволяют даже в условиях ЛОР-кабинета с большой вероятностью подтвердить или исключить АР, однако не-обходимое дообследование для установления конкретных причин АР должен провести врач-аллерголог. Рекомендации невропатолога при вазомоторном рините будут, конечно, нелишними, однако грамотный оториноларинголог сможет и сам назначить адекватное лечение.

— Каковы особенности течения и терапии АР и заболеваний околоносовых пазух у детей?

С.П. — Примерно с 3–6 лет дети начинают массово страдать аллергическими заболеваниями дыхательных путей. Чаще всего проблема начинается с ринита, позже к нему присоединяется БА, реже наоборот. Симптомы атопического дерматита, если они были, постепенно отступают, и начинают прогрессировать респираторные расстройства.

Дети имеют несколько иные симптомы АР в отличие от взрослых. Прежде всего, они трут нос, могут при этом «салютовать» ладошкой, корчат разные рожицы, двигают носом и губами. За счет этих движений у них появляется поперечная складка на кончике носа. Могут быть отеки под глазами, открытый рот, складчатость носогубных складок, ночной храп, энурез и т. п. Все эти явления происходят за счет нарушения носового дыхания. При АР воспалительный процесс затрагивает не только полость носа, решетчатые клетки и недоразвитые остальные пазухи, но и носоглотку. У детей активно работают глоточная и трубные миндалины. В случае присоединения бактериального воспаления развивается клиника хронического аденоидита, которая чаще всего доминирует. К сожалению, очень трудно дифференцировать характер воспаления — аллергическое или бактериальное. Врач должен провести все необходимые аллергопробы, включая оценку эозинофилии, определение уровня общего IgE, исключение глистных инвазий. Наш опыт показывает, что в несколько раз чаще выявляется аллергическое воспаление.

Подходы к лечению бактериального и аллергического воспаления совершенно разные. На практике можно использовать ТКС (с минимальной биодоступностью) ex juvantibus. Если после 2–3-недельного курса такой терапии есть положительная динамика, следует искать аллергию, в том числе на пищевые аллергены.

Дети хорошо отвечают на специфическую иммунотерапию (СИТ), для них были разработаны лечебные драже с аллергенами для сублингвальной терапии. Пациенты этой возрастной группы должны быть под пристальным вниманием как отоларинголога, так и аллерголога, потому что раннее выявление АР и адекватная терапия могут предотвратить переход процесса в БА, инвалидность и т. д.

— Вы уже затрагивали вопрос о взаимосвязи АР и БА, который в последнее время активно дискутируется. Выполняются ли в нашей стране рекомендации ARIA, предложенные ВОЗ, и как часто в реальной клинической практике пациенты с АР обследуются на наличие БА?

С.П. — Проблема взаимосвязи АР и БА, конечно же, существует. Это единый процесс с несколькими отличными путями реализации ответа на заболевания. На практике очень сложно провести обследование на наличие бронхообструкции. Необходимы определенные знания, опыт, наличие спирографа, специалиста-пульмонолога. Собственно, поэтому Украина занимает одно из последних мест по выявляемости БА

в Европе и лидирует по смертности от этого заболевания. Поздно диагностируем, неправильно лечим, используем преимущественно антибиотики и салбутамол, в результате имеем нередкие случаи смерти от БА в молодом возрасте.

— Как долго с целью противорецидивного лечения можно использовать антигистаминные препараты у пациентов с сезонным АР и каким представителям этого класса следует отдавать предпочтение?

Б.П. — Антигистаминные препараты, а затем ТКС сделали революцию в лечении многих аллергических заболеваний. Однако нужно сказать, что с отменой антигистаминных средств исчезают и их эффекты. Поэтому этот класс препаратов приходится назначать длительно и использовать время их работы для поиска и, по возможности, устранения причин аллергических заболеваний.

Если речь идет об антигистаминных препаратах II и (условно) III поколения, то их можно принимать 2–3 мес без ущерба для здоровья пациентов. Препараты I поколения (димедрол, пипольфен, хлоропирамин) следует применять только для парентерального введения при неотложных состояниях.

— Какие существуют подходы, способствующие снижению риска развития местных и системных осложнений при длительной терапии ТКС?

С.П. — Длительный прием назальных кортикостероидов (короткий курс при АР не используется), конечно, не может не сказаться на состоянии слизистой оболочки полости носа. Описаны случаи развития атрофии, перфорации носовой перегородки, снижения обоняния и других негативных последствий. Для улучшения эффекта от применения топических стероидов их желательно наносить на очищенную слизистую оболочку полости носа. Направлять струю спрея необходимо на латеральную стенку носа, а не на носовую перегородку. Правильное применение лекарственного средства позволяет минимизировать негативное влияние струи аэрозоля, а увлажнение слизистой оболочки способствует сохранению ее защитных свойств.

Для исключения негативного системного действия ТКС необходимо пользоваться хорошими препаратами с минимальной биодоступностью, которые разрешены даже детям с 2–4 лет. При применении низких или средних терапевтических доз их можно использовать весьма длительно (месяцами или даже годами, лучше — делая перерывы).

— Какой является оптимальная схема назначения ТКС у пациентов с интермиттирующим и персистирующим АР? И какова дальнейшая тактика терапии пациентов с АР, которые не отвечают на лечение адекватными дозами ТКС?

Б.П. — Как правило, ТКС назначается 2 раза в день (утром и вечером) по 2 впрыскивания в каждую ноздрю. Через 2–3 нед (ранее ожидать эффекта от лечения не следует), если наступает улучшение, можно уменьшить дозу до 1 впрыскивания в каждую ноздрю и продолжать лечение еще 2–3 нед до наступления ремиссии, постепенно переходя на интермиттирующее лечение (несколько раз в неделю) до отмены препарата. При появлении первых признаков ухудшения состояния (обычно — легкой заложенности носа) следует возвратиться к минимальным дозам ТКС.

Если оригинальные препараты ТКС не дали эффекта в течение 3 нед, рекомендуется провести эндоскопическое исследование носа на предмет выявления анатомических изменений или вообще пересмотреть диагноз.

— Какие негативные последствия имеет терапия сосудосуживающими препаратами и как их можно предотвратить?

С.П. — Проблемы, возникающие при применении местных сосудосуживающих средств, проявляются местными симптомами и общетоксическим действием препаратов. Схожие эффекты на организм оказывают и системные деконгестанты.

Местные симптомы проявляются: — преходящим ощущением жжения, сухости в полости носа и носоглотки; — синдромом «рикошета»; — нарушением вегетативной регуляции сосудов и желез полости носа с развитием назальной гиперреактивности, медикаментозного ринита; — угнетением секреторной функции и микроциркуляции, развитием атрофического ринита.

Отрицательным фактором применения местных сосудосуживающих средств является высушивание слизистой оболочки носа. За счет анемизации сокращается выработка секрета, замедляются движения ресничек мерцательного эпителия, затрудняется самоочищение пазух носа. Это побочное действие часто является причиной развития бактериального процесса в околоносовых пазухах. Серьезной проблемой является развитие медикаментозной зависимости, механизм которой связан с возникновением рефрактерности сосудов слизистой оболочки носа к адrenomиметикам и вторичной назальной вазодилатацией. Клинически медикаментозный ринит характеризуется повторным появлением гиперемии и отека слизистой носа с нарушением носового дыхания и заложенности, несмотря на проводимую терапию. Развитие данного осложнения чаще встречается при использовании препаратов короткого действия.

В числе общего действия местных сосудосуживающих средств и системных деконгестантов можно отметить сужение всех кровеносных сосудов и стимулирование центральной нервной системы в виде появления признаков нервозности, раздражительности, беспокойства и бессонницы. Возможные побочные проявления в результате системной вазоконстрикции включают повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, нарушение сердечного ритма, сердцебиение. К заболеваниям, которые могут усугубиться при приеме симпатомиметиков, относятся гипертония, сердечные заболевания, сахарный диабет и гипертиреоз. В свою очередь, стимуляция деконгестантами альфа-адренергических рецепторов может приводить к сокращению мочевого сфинктера, препятствуя оттоку мочи у мужчин, а стимуляция альфа-адренергических рецепторов глаза вызывает слабое расширение зрачка и повышение внутриглазного давления из-за сужения угла передней камеры глазного яблока (при закрытоугольной глаукоме этот эффект минимален).

— Расскажите о применении моноклональных антител против IgE и антилейкотриенов в лечении АР и заболеваний околоносовых пазух.

Б.П. — С моей точки зрения, препараты моноклональных антител против IgE гораздо более показаны при сезонном и круглогодичном АР, нежели при тяжелой БА, как это сегодня рекомендует GINA последнего пересмотра. Есть ряд работ зарубежных авторов, поддерживающих такое мнение, и работы отечественного аллерголога Е.М. Дитятковской, имеющей собственный научный опыт.

С.П. — Украинские оториноларингологи пока не имеют опыта применения этих препаратов, так как они только поступают в продажу. Кроме того, их использование ограничивается достаточно высокой стоимостью.

Подготовила **Ольга Татаренко**

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Нетипичная причина боли в грудной клетке у пожилого мужчины

Ответы. Вопросы на стр. 44.

Ответы:

1. Острый коронарный синдром, эмболия легочной артерии, диссекция аорты, напряженный пневмоторакс.
2. У пациента опоясывающий лишай, возникший в результате реактивации вируса ветряной оспы (VZV).

Обсуждение

Herpes zoster, или опоясывающий лишай, — это заболевание, возникающее в результате реактивации VZV. Первично VZV вызывает ветряную оспу. Полностью освободиться от вируса организму человека не удается, и после исчезновения кожных проявлений ветряной оспы вирус переходит в латентное состояние, продолжая свое существование в нервных ганглиях. Причины реактивации вируса окончательно не известны; предполагается роль снижения клеточно-опосредованного иммунного ответа с возрастом и различных иммунозависимых заболеваний. Опоясывающий лишай — довольно распространенное заболевание, поражающее четвертую часть людей в течение их жизни и приблизительно половину лиц старше 80 лет.

В начале заболевания возможно наличие продромального периода, проявляющегося гриппоподобными симптомами. Затем появляется ощущение жжения и покалывания на участке кожи по ходу пораженного нерва. Степень выраженности боли во время острого эпизода заболевания может варьировать, возникает аллодиния (ощущение выраженной боли при безболезненном в норме воздействии). У большинства пациентов через несколько дней на коже появляется эритематозная сыпь, как правило, расположенная на одной половине тела, не пересекая срединной линии. Вскоре на коже появляются везикулы и образуются корки.

Лечение направлено на снижение тяжести и длительности острой стадии заболевания, а также на уменьшение риска развития осложнений. Применяются анальгетики в комбинации с пероральными противовирусными препаратами, такими как фамцикло-вир и валацикловир, которые блокируют репликацию вируса. Пероральная антивирусная терапия эффективна только в течение первых 72 ч от момента появления сыпи. Постгерпетическая невралгия осложняет течение 9% случаев заболевания. Факторами, повышающими риск развития данного состояния, являются пожилой возраст и снижение иммунной функции организма на фоне различных заболеваний. Выраженность болевого синдрома и кожных проявлений не ассоциируются с повышенным риском развития постгерпетической невралгии.

В Европе в настоящее время зарегистрированы две живые ослабленные вакцины против VZV. Однако среди Европейских стран только в Германии вакцинация против VZV проводится на государственном уровне, тогда как в США она входит в список рекомендованных вакцин с 1995 г.

Student BMJ 2009; 17: b489

Подготовила **Ольга Татаренко**